



**RICHIESTA DI OSCURAMENTO EPISODIO DI CURA NEL DOSSIER SANITARIO
ELETTRONICO**

Paziente: _____ con C.F. _____, nato/a il _____,
residente a _____ in _____

Con episodio di cura: Ricovero/Prestazione Ambulatoriale/Accesso di Pronto Soccorso

**avendo prestato il consenso al trattamento dei dati personali mediante il Dossier
Sanitario Elettronico**

CHIEDO

Oscuramento all'interno del Dossier Sanitario Elettronico del seguente episodio di cura:

- Ricovero
- Prestazione ambulatoriale
- Accesso di Pronto Soccorso

In caso di impossibilità fisica, incapacità ad agire o incapacità di intendere o di volere dell'interessato o in caso di minore, la richiesta sarà sottoscritta da chi esercita legalmente la potestà:

Il/La Sottoscritto/a Sig./Sig.racon C.F. , nato/a a
..... il residente a in, in proprio
ovvero in qualità di (altro delegato ai sensi di L., Tutore,
Amministratore di Sostegno, Esercente la potestà Genitoriale, Legale rappresentante,
Prossimo Congiunto).

Firma Paziente: _____

OSPEDALE CRISTO RE